

## CIERRE DE EVENTRACION DEL HIPOCONDRIO A EXPENSAS DEL DIAFRAGMA (\*)

Dr. R. García Capurro  
Hospital Británico

Hace varios años hice un relato sobre eventraciones para el Congreso Uruguayo de Cirugía. Ello fue causa de que en adelante recibiera una dosis de eventraciones mayor de lo que me corresponde y siendo yo la autoridad no tengo más remedio que afrontar la cura de las mismas.

El caso que les presento es un hombre de unos 45 años, empleado de los ferrocarriles, que me fue enviado por los doctores Barreneche y Sierra. Hace algo más de un año recibió dos puñaladas, una en el hemitórax izquierdo y otra en el hipocondrio derecho. Tenía heridas múltiples vísceras, vesícula biliar, hígado, estómago y diafragma izquierdo. Fue operado en el Hospital Maciel. Su herida abdominal supuró abundante.

Al examen presentaba una enorme eventración, faltaba totalmente algo más que el cuarto superior derecho de su pared abdominal.

Los límites del orificio eran: adentro el recto anterior izquierdo llevado dos dedos a la izquierda de la línea media. Abajo, dos dedos más abajo que el ombligo dos bordes aponeuróticos, del gran oblicuo del pequeño oblicuo y del transverso. Afuera y arriba el reborde costal.

No fue sin una leve sonrisa que el médico interno me comunicó que había ingresado una eventración.

El enfermo fue sometido a régimen de adelgazamiento y para terminar tres días de dieta hídrica. Sonda de Cantor y desinfección intestinal con sulfoguanidina.

En la fotografía se le ve sobre la mesa de operaciones no tiene ya la tensión que tenía a su ingreso.

Operación. Anestesia general. Pentotal. Eter. Curare.

Resección de la bolsa de piel. Liberación del peritoneo y cierre del mismo.

---

(\*) Trabajo presentado en la media hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 1º de noviembre de 1961.

Comenzamos por liberar el gran oblicuo derecho en su porción infra umbilical y su aponeurosis hasta la línea media formando un amplio colgajo aponeurótico que rotamos hacia arriba para suturarlo en la línea media en el borde de la vaina del recto anterior izquierdo.

Luego liberamos el reborde costal de los músculos que lo envuelven, por fuera gran oblicuo, adentro, el pequeño oblicuo y el transverso. Continuamos desprendiendo éstos de la cara interna de la parrilla costal. Este plano se continúa con el diafragma. Abrimos el fondo de saco pleural en toda la mitad anterior. El diafragma así desprendido es descendido hasta suturarlo a la línea media y al reborde superior del colgajo del gran oblicuo. Hecho esto volvemos a suturar la cara externa del diafragma al reborde cartilaginoso del tórax con Surgaloy a unos 7 centímetros de su borde.

Hemos podido hacer un primer plano satisfactorio.

Lo reforzamos con un amplio colgajo formado con la hoja anterior de la vaina del recto anterior izquierdo, tiene unos 10 centímetros al volcarlo hacia la derecha, lo suturamos al borde libre del gran oblicuo por fuera del reborde costal formando un segundo plano. Para terminar cubrimos toda la zona formada por la parrilla costal, el lugar donde estuvo la eventración y la cara anterior del recto izquierdo con una amplia hoja de Surgaloy.

Cierre del tejido celular de la piel y doble drenaje aspirativo.

Aquí pueden apreciar el resultado de la operación, ahora 20 días.

Pero sé lo suficiente de eventraciones para no poder estar seguro de haberlo curado definitivamente.

**Dr. Mañana:** Quiero felicitar al Dr. García Capurro por la solución quirúrgica que le dio a una eventración complicada. Después de la tesis que hice sobre este tema "el neumoperitoneo preoperatorio" en el año 1957, que se refería a 29 intervenciones sobre las grandes eventraciones en aquel entonces, hasta el momento actual, la experiencia se ha acrecentado en varios números. Me ha permitido razonar un poco más este tipo de intervenciones y siempre son solucionables por alguna técnica en parte que le podemos llamar plástica, de cirugía plástica, en el concepto de que este tipo de cirugía es devolver la forma normal anatómica a la pared anterior del abdomen. Considero que tratándose de esta eventración personalmente le hubiera hecho neumoperitoneo previo, para haber relajado esa pared muscular al máximo posible. Estoy de acuerdo con el Dr. García Capurro. En una oportunidad, en una eventración de transversa empleé el mismo sistema porque me quedé sin oblicuo, menor y transverso, en el reborde costal. No tenía ni idea de bajar el diafragma. Fue una circunstancia que cuando empecé a diseccionar contra el reborde costal me di cuenta de que lo que había descendido era el diafragma.

Amplié un poco más la incisión, vi que venía fácilmente y se me ocurrió la misma solución que ha hecho el Dr. García Capurro en este caso.

Considero, en cuanto a los injertos, hemos hecho injertos de piel total, de piel dérmica, de nylon en los primeros tiempos de nuestras eventraciones, poco a poco, cuando nos fuimos familiarizando con esa técnica y agotado los recursos que da un neumoperitoneo; prácticamente ahora no usamos más los injertos. Generalmente siempre hemos podido solucionar las eventraciones; primero, por neumoperitoneo que relaja; segundo, por la decompresión del compartimiento intravisceral al máximo, por sonda vesical, por sonda Cantor, por enemas repetidos; tercero, por una cuidadosa preparación preoperatorio en cuanto a la funcionalidad pulmonar; cuarto, por movilización de planos como lo ha hecho el doctor García Capurro; quinto, por imbricamiento como lo ha hecho el Dr. García Capurro y a veces asesoriamente por desplazamientos de planos, como la vaina anterior del recto. Quiero felicitar por la solución plástica que le ha dado a una eventración evidentemente compleja como ha resultado este caso.

**Dr. Chifflet.** — La comunicación del Dr. Rafael García Capurro daría seguramente para muchas consideraciones respecto a la técnica que se ha ingeniado en base a conocimientos. Yo diría que no es una técnica ingeniosa, que es una técnica razonada, científica, producto de sus conocimientos sobre la anatomía de la pared abdominal y su experiencia en el tratamiento de estos procesos. Es de lamentar que estando en la media hora previa no le podamos dar a esta presentación la amplitud de discusión que merecería en vista de la calidad de la comunicación.